

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
 СОВЕТ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОВТОРНОЕ ОТКРЫТИЕ ЗАЯВКИ ПО ПРОШЕСТВИИ БОЛЕЕ СЕМИ ЛЕТ
 С ДАТЫ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ**

УВЕДОМЛЕНИЕ. Эта форма должна быть подана немедленно на имя председателя Совета по компенсациям работникам вместе с заключением лечащего врача (форма C-27) (если необходимо) в региональное отделение, в котором дело было закрыто. Необходимо также заполнить информацию на оборотной стороне.

ОТВЕЧАЙТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ ПОЛНОСТЬЮ (НАПЕЧАТАЙТЕ ИЛИ РАЗБОРЧИВО НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Номер дела WCB _____ Дата несчастного случая _____ Номер социального страхования заявителя _____

1. Имя и фамилия травмированного _____ Пол М Ж Х Дата рождения _____

Текущий адрес _____ Кв. № _____

2. Работодатель (на момент несчастного случая) _____

Адрес _____

3. Когда вы последний раз работали у этого работодателя? _____

4. Имя и фамилия нынешнего лечащего врача _____

Адрес _____

5. Если травмированный работник умер, укажите дату смерти _____

6. Характер травмы _____

7. Укажите конкретные причины, почему вы хотите заново открыть дело _____

8. ЗАПИСЬ О МЕДИЦИНСКОМ ЛЕЧЕНИИ СО ВРЕМЕНИ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (перечислите всех врачей и все больницы):

Врач или больница	Адрес	Период
_____	_____	С _____ по _____
_____	_____	С _____ по _____
_____	_____	С _____ по _____

9. Вам первоначально сразу после несчастного случая были предоставлены аппараты или устройства для вашей травмы или лечение? Да Нет

(а) Если выбран ответ «Да», кто это предоставил и оплачивал? _____

(б) Производилась ли замена или ремонт такого аппарата? Да Нет

(с) Если выбран ответ «Да», то кем и когда? _____

10. Работодатель или страховщик предоставлял вам какое-либо медицинское или хирургическое лечение или госпитализацию в течение последних 8 лет? Да Нет

11. Работодатель или страховщик предоставлял или ремонтировал вам аппарат или искусственное устройство в течение последних 8 лет? Да Нет

12. Вы возбуждали какой-либо иск помимо подачи документов на получение компенсации в результате вашего несчастного случая? Да Нет

Если выбран ответ «Да», укажите следующее:

Имя и фамилия и адрес адвоката _____

Дата урегулирования _____ Сумма урегулирования: \$ _____

Отправьте документы об урегулировании (если имеются)

(Заполните информацию на оборотной стороне)

C-25(6-22)

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

13. Была ли вам выплачена какая-либо компенсация в течение последних 8 лет? Да Нет
 Если выбран ответ «Да», укажите следующую информацию:
 (a) Когда была сделана последняя выплата? _____
 (b) Кем? _____
 (c) Вам была предоставлена более легкая работа?..... Да Нет
 (d) Если в пункте (c) выбран ответ «Да», какие льготы вы получили за уменьшение заработка? Да Нет
14. Вы получали какую-либо другую травму с момента закрытия вашего дела? Да Нет
 Если выбран ответ «Да», укажите следующее:
 (a) Характер этой травмы _____
 (b) Дата несчастного случая _____
 (c) Наименование работодателя _____
 (d) Номер дела WCB _____
 (e) Последняя дата слушания _____
15. Вы в настоящее время работаете? Да Нет
 Если вы в настоящее время **не работаете**, вы находитесь на пенсии? Да Нет
 Если вы в настоящее время **работаете**, укажите следующую информацию:
 (a) Наименование последнего работодателя _____
 Адрес _____
 Номер регистрации работодателя для пособия по безработице штата Нью-Йорк (если известен) _____
 (b) Когда начался ваш нынешний период трудоспособности? _____
 (Дата)
 (c) Укажите первую и последнюю даты, когда вы работали на работе, которая непосредственно предшествовала нынешней нетрудоспособности:
 Первый рабочий день _____ Последний рабочий день _____
 (d) Вы получаете пособие по нетрудоспособности за ваш текущий период нетрудоспособности? Да Нет
 Если выбран ответ «Да», то от кого? _____

ЛЮБОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ СОЗНАТЕЛЬНО И С ЦЕЛЬЮ ОБМАНА ПРЕДОСТАВЛЯЕТ, ДОБИВАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИЛИ ПОДГОТАВЛИВАЕТ ЛЮБУЮ ИНФОРМАЦИЮ, СОДЕРЖАЩУЮ ЛЮБОЕ ЛОЖНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПО СУЩЕСТВУ ИЛИ СКРЫВАЮЩУЮ ЛЮБОЙ СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТ, ЗНАЯ ИЛИ ПОЛАГАЯ, ЧТО ТАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЕНА СТРАХОВЩИКОМ/СТРАХОВЩИКУ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ/САМОЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ЗА СОВЕРШЕНИЕ КОТОРОГО ПРЕДУСМОТРЕНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Подпись заявителя _____ Номер телефона _____ Дата _____

Почтовый адрес _____

ВАЖНО!

Перед получением медицинского лечения или расходных материалов необходимо получить разрешение председателя Совета по компенсациям работникам. В противном случае заявитель должен будет оплатить указанные медицинское лечение или расходные материалы.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк «О защите и неприкосновенности частной жизни» (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать у заявителей персональную информацию (включая номер социального страхования) основаны на полномочиях Совета проводить расследования согласно Закону о компенсациях работникам (WCL) § 20 и его административных полномочиях согласно WCL § 142. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету эффективно расследовать и администрировать заявки и хранить точные записи о заявках. Предоставлять ваш номер социального страхования Совету не обязательно. Если вы не укажете в этой форме свой номер социального страхования, то штраф за это не назначается и это не приведет к отклонению вашей заявки или снижению размера пособий. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, находящейся в его распоряжении, раскрывая ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии с действующим штатным и федеральным законодательством.

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.
 ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ СОВЕТ ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ ЗАЯВКИ, ВЫ МОЖЕТЕ ПОЗВОНИТЬ ИЛИ ЗАЙТИ В БЛИЖАЙШИЙ ОФИС СОВЕТА ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ.